



# FAIRFAX COUNTY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA FAMILIAS  
Oficina de Niños  
Programa de Asistencia para el cuidado de Niños  
12011 Government Center Pkwy. 8<sup>th</sup> Piso  
Fairfax, VA 22035  
703-449-8484 TDD 703-324-3923

---

## V I R G I N I A

Estimados padres:

Por favor lean esta carta con atención, ya que contiene información acerca de sus responsabilidades como padres dentro del Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños, sobre fraude al Cuidado de Niños y sobre las consecuencias de proveer información falsa. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a su Especialista en el Cuidado de Niños o al Especialista en Requisitos al 449-8484.

### **Fraude a la Asistencia Social**

El fraude a la asistencia social y al cuidado de niños son robos. Un fraude de más de \$200 es considerado un delito grave. En Virginia, una persona que a sabiendas da falso testimonio a fin de obtener asistencia o que no informa acerca de un cambio de circunstancias que pudiera afectar sus derechos a recibir asistencia, es culpable de robo. Si se lo llegara a declarar culpable de fraude a la asistencia social a al cuidado de niños, puede castigárselo conforme lo dicte la ley del Estado.

### **Información sobre Cambios**

Usted tiene la obligación de informar sobre todos los cambios pertinentes al Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños dentro de los 10 días de ocurrido dicho cambio. Si no está seguro de si debe o no informar sobre un cambio en particular, hable con su Especialista en el Cuidado de Niños o con el Especialista en Requisitos. Se le solicita que informe sobre los siguientes cambios dentro de un período de 10 días:

1. Cambio de dirección o de número de teléfono
2. Cambio en los ingresos del hogar
3. Cambio de empleador
4. Cambio en el número de horas de trabajo
5. Cambio en la actividad educativa/de entrenamiento, incluyendo días y horas de clase y curriculum
6. El padre/la persona al cuidado del niño comienza a recibir pagos de pensión del menor
7. Cambio en el número de miembros dentro del hogar
8. Cambio de estado civil (esto incluye cohabitación con una pareja)
9. Un niño que recibe servicios de cuidado cumple 13 años.
10. Un niño que recibe servicios de cuidado todo el día comienza a ir a la escuela y necesita menos horas de cuidado.
11. Licencia por maternidad (antes y después de que nace el niño)
12. Licencia por discapacidad
13. Retiro del niño del lugar donde se le provee el cuidado

### **Devolución**

Además de un castigo por criminalidad, a cualquiera que ocasiones que el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños haga un pago incorrecto a un proveedor por retener información acerca de cualquiera de los cambios mencionados anteriormente, se le requerirá devolver la suma equivalente al pago impropio. La devolución deberá hacerse ya sea en un sólo pago o de acuerdo a un plan de pagos establecido por escrito.

Al firmar más abajo, declaro que entiendo por completo y estoy de acuerdo con los requisitos de información descriptos más arriba. Si doy falso testimonio, información incorrecta o incompleta o no notifico a tiempo sobre algún cambio, podría estar quebrando la ley y podría ser enjuiciado por jurar en falso, robo o fraude a la asistencia social.

\_\_\_\_\_  
Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



# FAIRFAX COUNTY

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA PARA  
FAMILIAS OFICINA DE NIÑOS  
Programa de Asistencia para el cuidado de Niños  
12011 Government Center Pkwy. 8<sup>th</sup> Piso  
Fairfax, VA 22035  
703-449-8484 TDD 703-324-3923

V I R G I N I A

## DOCUMENTOS QUE NECESITA ENVIAR CON SU SOLICITUD PARA CCAP

A fin de procesar su solicitud, el personal del Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP, por sus siglas en inglés) necesita saber adónde vive su familia y tener información sobre el horario de trabajo y/o de la escuela de su familia.

Para verificar su domicilio

**Envíe una copia de uno de los siguientes documentos, donde debe figurar su Nombre y dirección.**

**Con fecha de los últimos 30-60 días**

- ✓ Factura del cable o satélite
- ✓ Factura de la compañía de Electricidad, gas, agua o Recolección de basura
- ✓ Factura de teléfono (con línea Instalada, no celular)
- ✓ Estado de cuenta de la hipoteca De la casa.

**o:**

**Con fecha de mes actual**

- ✓ Tarjeta de Medicaid
- ✓ Comprobante de Alquiler
- ✓ Cara del administrador de la Propiedad (escrita en una hoja con membrete de la compañía)

Para verificar que trabaja y/o va a la

**escuela**

Los siguientes documentos, en los cuales

**Debe figurar su nombre (y, si corresponde, el de su esposa o pareja):**

- ❖ Si trabaja, envíe su
- ✓ Talón de pago más reciente (de los últimos 30-60 días).
  
- ❖ Si va la escuela o asiste a un Programa de entrenamiento, envíe su
- ✓ Calendario escolar o del programa de adiestramiento más reciente.
  
- ❖ Si trabaja y va a la escuela, necesita enviar ambas cosas:
  - ✓ Comprobante de sueldo y
  - ✓ Calendario escolar actual.

Si tiene preguntas, sírvase llamar a CCAP al 703-449-8484



## **DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Tiene que anexar los documentos siguientes antes de que podamos repasar su solicitud:

- una copia de talones de pago corrientes para todos los adultos de la casa que contribuyen al apoyo económico (madre, padre, padrastos, guardianes, o otros que viven juntos en una unidad familiar en apoyo de los niños para los quienes se pide el cuidado); y
- una copia de cualquier documento que tiene su nombre y dirección imprimida, tal como un contrato de alquiler o cuenta de servicios públicos (agua, luz, teléfono), para verificar su residencia.

## **DERECHOS DE SOLICITANTES**

Cualquier persona puede pedir servicios. No es necesario haber vivido en esta área por un tiempo específico ante de aplicar. No hay requisito de ciudadanía.

Se tiene derecho a tratamiento igual no importando raza, color, religión, sexo, origen nacional o impedimento físico.

Se tiene el derecho de recibir y completar una solicitud el día mismo que se pide servicios. Si necesita ayuda con la solicitud, alguien le ayudará.

Se le tiene que explicar el proceso de determinar elegibilidad.

La agencia decidirá sobre su caso dentro de 45 días. Si esto no es posible, se le dirá porque. La agencia le tiene que escribir si usted no es elegible o si hay un retraso.

Si se decide que usted es elegible, tiene el derecho de recibir servicios dentro de 45 días después de que la agencia reciba su solicitud.

Se tiene el derecho a servicios obligatorios para los cuales llena requisitos de elegibilidad. Su derecho a servicios opcionales depende de llenar requisitos de elegibilidad y si o no la agencia ofrece estos servicios.

Se tiene derecho de ver información sobre su persona que la agencia tenga en su archivo.

La agencia no puede divulgar información sobre su persona sin su permiso escrito excepto para propósitos directamente relacionados con la administración de programas de servicios sociales.

Estos derechos tienen su base en las leyes federales y estatales, pero hay ciertas excepciones. Si tiene preguntas o quiere ver la información en su archivo, hable con su trabajador/a social sobre ello.

## **RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES**

Hay que dar información completa y exacta la cual es necesaria para determinar su elegibilidad. Podría ser que la agencia tenga que pedirle tales cosas como recibos de pago o permiso para contactar agencia o personas para pedir prueba de sus ingresos. Si da información incorrecta, podría ser demandado bajo la ley.

Hay que avisarle a la agencia dentro de 10 días de cualquier cambio el cual podría afectar su elegibilidad para servicios.

Usted debe entender que si el estado paga una parte de los costos del cuidado para su(s) niño(s), una trabajadora social del Departamento de Desarrollo Humano (DHD) se podrá en contacto con usted para consultar sobre otras necesidades familiares e iniciar servicios del manejo de su caso de asistencia. Si se abre su caso de asistencia para su familia, una representante de DHD se pondrá en contacto con usted cada tres meses. Faltar en responder a estas llamadas o cartas resultará en el cierre de su caso de asistencia, y su elegibilidad para recibir servicios de asistencia será negada.

**I DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL CASO: _____	REFERENCIAS
ALIAS: _____	_____
CALLE: _____	_____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____	_____
CÓDIGO POSTAL: _____	_____
TELÉFONO: _____	<input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> VECINO
	<input type="checkbox"/> OTRO _____

**CAMBIO DE DIRECCIÓN**

FECHA	NUEVA DIRECCIÓN	TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS     SÍ     NO    FUENTE DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
NO. DE REGISTRO COMO EXTRANJERO: \_\_\_\_\_

**II MIEMBROS DEL HOGAR CON PARENTESCO (INCLUYENDO CÓNYUGE AUSENTE)**

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PARENTESCO	C A S	NÚMERO SEGURO SOCIAL	M E D I	COMEN- TARIOS
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							

**III MIEMBROS DEL HOGAR SIN PARENTESCO ALGUNO**

NOMBRE COMPLETO	EDAD	ESTADO CIVIL	COMENTARIOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			